

분기별 보고서
현금 보조와 푸드 스탬프에 대하여

STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

모두 기입하시고 서명하신 후 보고하는 달 다음 달의 5일까지 보내 주십시오.

월의 보고서입니다.

바 코드 (Bar Code)

케이스 이름:
케이스 번호:
파일/유닛 번호:
담당자 전화:

도움이 필요하십니까? 당신의 담당자에게 전화하십시오.

우편 반송 주소(MAIL BACK TO ADDRESS):

수신인(ADDRESSEE):

- ✓ 당신의 모든 수입을 _____ 월 보고서에 다음 달 5일 까지 반드시 보고해야 합니다.
- ✓ 제한은 없으나, 모든 질문에 답하고 증거 서류 요청 시 이를 첨부하는 것을 포함하여, 작성한 QR 7 보고서를 보내주지 않으면, 당신의 혜택이 지연, 변경 또는 중단될 것입니다. 필요하다면 별도의 용지를 첨부하십시오. 당신이 보고한 사실들이 당신의 혜택을 올리거나, 낮추거나 또는 중단시키는 결과를 가져오기도 합니다.
- ✓ CalWORKs와 푸드 스탬프에 대해, 당신의 자격, 또는 수혜 금액에 영향을 줄 수 있는 어떠한 변경이라도 10일 이내 카운티에 보고해야 합니다. 이것은 이 분기 동안에 당신의 수혜 가족 단위 _____ 명에 대한, 가족의 수입이 분기동안 언제라도 이 금액 \$ _____ 을 초과할 때는 당신의 담당자에게 연락하는 것을 포함합니다. GR에 대해서는, 당신의 변경을 5일 이내로 보고해야 합니다.
- ✓ 당신이 푸드 스탬프를 받는 경우, 집에 있는 모든 가족 구성원에 대해 답해야 합니다. 만일 푸드 스탬프를 받지 않으면, 현금 보조를 받는 자녀, 부모, 의부모, 배우자와 임시 부제자에 대해 답해 주셔야 합니다.

혜택 증지를 요청합니다 (이 부분을 작성하시면, 이 양식의 뒷면에 서명과 날짜를 적으십시오. 당신은 언제든지 재신청 하실 수 있습니다).

본인의 혜택: 현금 보조 푸드 스탬프 Medi-Cal 주 CMSP 가/이 _____ (월/년도) 마지막 날짜로 중단되기를 원합니다.

제 1 항: 보고 달에 생긴 일은 무엇입니까?

1. 직장이나 직업 훈련 프로그램으로 수입이 있는 분이 있습니까? 예 아니오

만일 "예"이면, 아래에 수입을 적고, 임금 명세서나 증명을 첨부하십시오.

수입이 있는 사람은?	근원	지급 총계	\$	\$	\$	\$	\$
		실제 받은 날짜					
		일한 또는 훈련 받은 시간					
수입이 있는 사람은?	근원	지급 총계	\$	\$	\$	\$	\$
		실제 받은 날짜					
		일한 또는 훈련 받은 시간					

2. 누군가 직장, 구직, 또는 직업 훈련 동안에 자녀, 신체 장애인이나 기타 부양가족의 보호를 위해 지출된 비용이 있습니까? 만일 "예"이면, 아래에 열거하시고 증명을 첨부하십시오. 예 아니오

보호 받은 사람의 이름	비용 \$	보호 받은 사람의 이름	비용 \$

3. 누군가가, 푸드 스탬프를 받으며, 벌원-명령의 자녀나 배우자 부양비를 지불하고 있습니까? 예 아니오
만일 "예"라면, 지불한 금액을 열거하시고 증명을 첨부하십시오.

부양비 지불인의 이름	비용 \$	부양비 지불인의 이름	비용 \$

제 2 항: 지난 분기 이후에 어떤 일이 생겼습니까?

4. 이사를 오거나 나간 사람이 있거나 또는 당신이 다른 곳으로 이사를 하셨습니까? 예 아니오

만일 "예"라면, 아래를 기입하십시오.

사람의 이름(Full name)	당신과의 관계	일어난 일을 설명하십시오.	변경된 날짜

5. 누군가 재산을 사거나, 얻거나, 팔거나, 교환하거나, 처분하였습니까? 예 아니오

누가 재산을 소유하거나 처분하였습니까?	재산 유형	가치 \$

COUNTY USE ONLY

EW Initials:

CHANGE ()

NO CHANGE ()

Date:

웹페이지 부정 신고

핫라인으로 하십시오 (800) 349-9970

"당신의 신분에 대해서는 비밀이 보장될 것입니다."

6. 가족 중 누군가 통제 약품 (들) 의 소지, 사용 또는 배포에 따른 마약 관련 중죄 판결을 받거나 또는 이 보고하는 달에 가족원 중 중죄 처벌 또는 중죄 판결을 받은 후 감호나 감금을 피하거나 이를 위해 법으로부터 도주하거나 혹은 가석방 이나 보호 관찰의 조건을 위반한 사람이 있습니까? 예 아니오

마약 관련 중죄 판결을 받았다면, 유죄 판결 날짜를 기입하십시오.

만일 "예"이면, 누구입니까? _____ 유죄 판결일 _____

7. 가족 구성원 중 누군가에게 다음과 같은 일들이 일어났습니까? 예 아니오

만일 "예"라면, 아래에 열거하시고 필요하면 증명도 첨부하십시오.

- 결혼, 이혼 또는 별거를 하였습니까?
- 임신, 출산, 중절 또는 유산을 하였습니까?
- 장애자가 되었거나 또는 장애/중병에서 회복이 되었습니까?
- 시민권 또는 이민 상태의 변경 또는 USCIS로부터 새 카드나, 양식, 또는 통지를 받았습니까?
- 의료나, 치과 보험 또는 MEDICARE 혜택을 포함한 생명 보험의 보상이 시작, 중단 또는 변경되었습니까?
- 16세 이상의 학생이 학교 또는 대학에 입학 또는 중단함. 등록금이나, 학교 교통비 등을 청구할 수 있습니다.
- 일을 시작하거나 중지, 일하는 시간과 교육 훈련의 변경, 또는 파업 중입니까?
- 가내 보조 혜택(In-Home Supportive Services)을 시작 또는 중단하였습니까?
- **현금 보조의 경우만:** 6-17세 사이의 자녀가 학교를 중단하거나 정규적으로 시작하였습니까?

사람의 이름(들)	당신과의 관계	일어난 일?	금액	변경된 날짜
			\$	

제 3 항: 앞으로 3 개월 내에 예상 되어지는 변화

8. 앞으로 3 개월 이내에 수입이나 지출 (집세 또는 공공료는 제외) 에 변화를 예상 합니까? 예 아니오

만일 "예"이면, 열거하시고 증명을 첨부하십시오.

사람 이름	수입 근원 또는 지출 유형	변경 예상 이유는?	다음 3 개월 동안의 매달 전체 금액이 얼마로 예상 됩니까?		
			1 개월	2 개월	3 개월

주소 변경 이사를 하였거나 새로운 우편 주소를 가진 경우에만 이 난을 기입하십시오.

새 집 주소	새 전화
번호	()
도시	
주	
우편 번호	
새 우편 주소 (집 주소와 다른 경우)	이사한 날짜
번호	
도시	
주	
우편 번호	
이사로 인해 공과비가 증가하거나 감소하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
설명:	금액 \$

확 인 란

본인은 이해합니다: 본인이 의도적으로 모든 사실을 보고하지 않거나 수입, 재산을, 또는 보조나 혜택을 받기 위해 허위 사실을 보고하면, 본인은 법에 기소될 수 있습니다. 그리고 \$ 400 이상의 현금 보조와 푸드 스탬프 및 메디칼/주 CMSP 가 불법으로 지불되면, 중죄가 부과될 수 있습니다. 본인은 현금 보조, 푸드 스탬프와 주 CMSP 의 분기별 자격/상황 보고서를 위한 지침과 처벌의 사본을 받았습니다.

현금 보조 복지 사기에 관한 처벌: 의도적으로 현금 보조 규칙을 어기면, 본인의 현금 보조가 얼마 기간 동안 적어질 수 있으며 벌과금 \$ 10,000 이 부과되거나/또는 3 년의 감옥 또는 교도소에 감금이 될 수 있습니다.

푸드 스탬프의 사기에 관한 처벌: 의도적으로 푸드 스탬프 규칙을 어기면, 본인의 푸드 스탬프가 첫번째 위반 시는 12 개월, 두번째는 24 개월, 세 번째는 영구 중지 됩니다. 벌과금 \$ 250,000 이 부과 되거나/또는 20 년간 감옥/교도소에 감금될 수도 있습니다.

- 현금 보조가 중단될 수 있습니다:**
- 모든 사실을 보고하지 않거나 허위 사실을 보고하면: 1 차 위반 시는 6 개월, 2 차는 12 개월, 3 차는 영구
 - 같은 기간에 한 케이스 이상의 보조를 받기 위해 한 개 또는 그 이상의 신청서를 제출하였으면: 1 차 유죄 시는 2 년, 2 차는 4 년, 3 차는 영구.
 - 보조 받기 위해 범죄하면 \$ 2,000 이하의 금액은 2 년, \$ 2,000 에서 \$4,999.99 이하는 5 년, \$ 5,000 이상의 금액은 영구.
 - 영구: 보조를 받기 위해 같은 기간에 두 개 또는 그 이상의 카운티나 주에 거짓 거주 증명을 내고; 부적격 아이나 존재치 않는 아이로 거짓 증거를 제출하고; 위법으로 현금 보조를 \$ 10,000 이상 받았으면; 법정에서 3 차의 사기 유죄를 받거나 행정 심의를 갖게 됩니다
- 아래의 이유로 법정에서 유죄가 인정된 경우:**
- 푸드 스탬프를 소화기, 무기, 또는 폭발물을 위해 교환하거나 팔았으면, 본인의 푸드 스탬프는 첫번째 위반에 영구히 정지 됩니다.
 - 푸드 스탬프를 통제 약물을 위해 교환하거나 팔았으면, 본인의 푸드 스탬프는 1 차 위반 시에 24 개월 그리고 2 차는 영구히 정지 됩니다.
 - 푸드 스탬프 \$ 500 가치 이상을 교환하거나 팔았으면, 본인의 푸드 스탬프는 영구히 정지 됩니다.
 - 카운티에 가짜 신분증이나 거짓 거주 정보를 제출하여, 같은 기간에 푸드 스탬프를 한 개 이상의 케이스에서 받았으면, 본인의 푸드 스탬프는 10 년간 정지 됩니다.

서명하시고 보고 달의 말일 이후로 날짜를 적어야 하며, 그렇지 않으면 불완전 보고서로 간주됩니다.
본인은 이 보고서에 적혀있는 내용이 사실이고 정확하며 연방과 거주 법 아래 위중시 처벌을 받는다는 것을 선언하는바입니다.

아래에 서명하여야 할 사람:

현금 보조 경우: 당신, 당신의 배우자와 한 집에 살고 있는 다른 부모 (현금 보조 받는 자녀들의).

푸드 스탬프 경우: 가장, 성인 가족 구성원, 또는 가족의 인증 대리인.

CMSP 경우: 당신, 당신의 배우자, 또는 수혜자의 대리인.

서명 또는 표시	서명 날짜	집 전화	연락 전화
		()	()
배우자의 서명 또는 보조 받는 자녀(들)의 다른 편 부모	서명 날짜	표시에 대한 증인, 통역인이나 이 양식의 작성자의 서명	서명 날짜